

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Otro tipo de escucha es posible.

Lujan Basañez, Jesica Laila.

Cita:

Lujan Basañez, Jesica Laila (2012). *Otro tipo de escucha es posible*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/826>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/2Po>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

OTRO TIPO DE ESCUCHA ES POSIBLE

Lujan Basañez, Jesica Laila

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Resumen

En nuestra época el paradigma médico subyace con gran preponderancia en la práctica profesional. El área de salud mental no se presenta como una excepción a la regla. En el presente, se tomará un caso extraído de la experiencia en un establecimiento que se caracteriza por la formación profesional, en su carácter de “hospital escuela”. Nuestro caso singular, presupone un camino para enfrentar la urgencia, una práctica profesional, que no deja de poner de manifiesto los preceptos y la práctica científica que lleva implícita. Los dispositivos utilizados, las preguntas formuladas al paciente, la escucha del profesional, la disposición del espacio, son analizados en pos de rastrear aquellos elementos del paradigma médico-científico en la que se enmarca una institución, y en ella una práctica determinada. En este sentido la mirada psicoanalítica es un desafío para trabajar desde una perspectiva diferente. Se apunta a la urgencia desde la subjetividad del paciente, en entredicho claro con la objetividad científica médica y el paradigma del “bien para todos”, ubicando la singularidad del caso: alejándolo de la taxonomía médico-científica que propone “la urgencia” para llevarlo al plano de “las urgencias” desde una mirada psicoanalítica.

Palabras Clave

Urgencia, Medicina, Psicoanálisis, Sujeto

Abstract

ANOTHER TYPE OF LISTENING IS POSSIBLE

In this time, while the medical paradigm sublies with great prevalence in the professional practice the area of mental health is not an exception to this question. The following work contains a case extracted from the experience in a establishment which is characterized by the vocational training, in the category of “hospital school “. Our singular case, it presupposes a way to face the urgency, in a professional practice, that continues to bring out the precepts and scientific practice implies. The devices used, the questions posed to the patient, the listening of the professional, the provision of space, are analyzed to track towards those elements of the medical-scientific paradigm in which frames an institution, and in it a particular practice. In this sense, the psychoanalytic view is a challenge to work from a different perspective. It points to the urgency from the patient's subjectivity, into question the objectivity clear medical science and the paradigm of “good for all”, placing the uniqueness of the case: away from the medical-scientific taxonomy proposed “urgency” to take the level of “urgencies” from a psychoanalytic view.

Key Words

Urgency, Medicine, Psychoanalysis, Subject

Introducción

En el presente desarrollo se intentará contraponer lo que se entiende como dos perspectivas diferenciadas, a saber: la de un psicoanalista y la de un profesional enmarcado en una lógica médica. Desde el análisis de un caso clínico, extraído en el marco de la Práctica Profesional “Clínica de la Urgencia”, se buscará dar cuenta de ello, sin dejar de lado el soporte institucional que lo enmarca.

Sobre la institución

Los principales objetivos que tiene este establecimiento son: brindar una asistencia de alta complejidad y de gran calidad académica, procurando la promoción, protección y prevención de la salud. Orientados hacia la mejora de la calidad de vida y el bienestar de las personas desde una atención integral. Asimismo, se destaca por llevar a cabo la formación de una gran cantidad de estudiantes universitarios, de alumnos de postgrados en residencias, concurrencias, entre otros. Por este motivo comúnmente se lo nomina como “hospital escuela”.

Este hospital cuenta, dentro del servicio de Salud Mental, con diversos dispositivos: Guardia, Consultorios externos, Internación, Hospital de día, Admisión e Interconsulta.

Se puede sostener que en el espacio de Admisión existe una demanda que sobrepasa la capacidad de respuestas. Ya que los turnos que se otorgan en el espacio de Salud Mental para hacer una consulta son para dentro de 3 meses. Esta cuestión nos remite a la crisis que se encuentra atravesando el sistema de salud en general. Pero más allá de ello, cabe preguntarnos como es alojada la urgencia en dichas situaciones, ya que pierde importancia por qué el sujeto consulta en ese momento y no en otro. En algunas ocasiones desde este espacio se les sugiere a los pacientes que vayan a la guardia para que desde allí les otorguen un turno por fuera de los programados.

Sin embargo, desde la guardia del hospital en relación al ámbito de salud mental, se establecen 3 criterios que determinan la “urgencia” y la necesidad de que el paciente reciba una consulta por fuera de las programadas. Los criterios son: riesgo para si o para terceros, psicosis (que desde su criterio implica alucinaciones y delirios), impulsividad. Se puede pensar que desde esta lógica la urgencia se encuentra programada. Tal como lo establece Belaga (2004), existe un programa universal establecido por el discurso científico que se erige como verdadero. Determinando lo traumático, en este caso, determina lo que es urgente y lo que no. No contemplando la urgencia como subjetiva, no siendo leída en su singularidad, se trata de un “para todos”. Cabe destacar también que en la actualidad no hay psicólogo de guardia.

Por otro lado, es importante mencionar que las entrevistas en el área de admisión son conducidas por psiquiatras. En caso de que se trate

de un turno programado cuenta con la asistencia de un psicólogo. Según el caso se determina si este solo necesita recibir tratamiento psicológico, o si requiere de un tratamiento psiquiátrico también.

Sobre los dispositivos: El uso de la Cámara Gesell

En el dispositivo de admisión flotante, al cual asisten los pacientes que tienen un turno programado y los que son derivados de guardia, se hace uso de la Cámara Gesell para que los estudiantes “presenciamos” la entrevista. Los alumnos no acompañamos al profesional, si no que seguimos la entrevista a través de un vidrio. Se puede plantear que bajo este dispositivo se “borra” el encuentro de los cuerpos que supone la clínica. El paciente queda ubicado en el lugar de objeto, objeto de miradas, del cual se supone que se “extraerá” un saber. En todas las entrevistas presenciadas los pacientes aceptaron esta cuestión. En dichas circunstancias se puede pensar que el paciente se ubica en una posición pasiva frente al “saber” médico. Es posible argumentar que el médico, el Otro, queda ubicado en el lugar de ideal del yo, lo que este diga será sugestivo para el sujeto (Freud, 1921)

Sobre el caso: Voces que hablan... ¿oídos que no escuchan?

La paciente es una mujer de 35 años, vive en la Capital Federal y hace 6 años que esta casada. La misma hace 4 años estudiaba teología, pero debido a un “accidente” tuvo que abandonar la carrera. En la actualidad se encuentra estudiando Ciencias Sagradas y no trabaja. Además menciona que desde el 2002 se encuentra realizando tratamientos con diversos profesionales y que tuvo muchos diagnósticos diferentes. Antes de ser recibida por la psiquiatra, a la paciente se le da un test para que complete. Mientras lo hace, se la deja sola en el consultorio.

Plantea que “la madre la trajo de prepo engañada al hospital”, que salieron a pasear y al pasar por el hospital le sugirió hacer una consulta. Manifiesta que la intención de su madre es saber si el diagnóstico que le dieron es el adecuado para saber si esta bien tratada, porque no la ve bien. La paciente expresa que no esta conforme con “no tener una vida continua”, que “la salud sube y baja”. Sostiene que ella es una persona que tiene la capacidad de estudiar y de trabajar.

Se le pregunta que fue lo que aconteció en el 2002. Expresa que en dicho momento, tenía dificultades para concentrarse en los textos que tenía que leer para sus estudios. Manifiesta que escuchaba voces “todos sabían algo que yo no sabía”. Comenta que para ese tiempo ella hablaba con un hombre “que podría ser su padre” que le contaba sus problemas que según ella “eran delirios”. Ella dice: “Pensaban que yo sabía algo, que yo no sabía”. En relación a esto, plantea la posibilidad de que en el 2002 su “intoxicación” se debió a haber escuchado a dicho hombre sin tener “herramientas”. Considera que quizás: “se detono un gen de insalubridad mental”. Pero como el hombre se murió no pudo cotejarlo, ya que no puede reafirmar que él le dijo esas cosas.

Manifiesta que en el 2006 volvió a escuchar voces. Fue aproximadamente un mes después de su casamiento. Las voces le planteaban: que se había equivocado de hombre y que se iba a separar. Desde sus dichos, eran más que voces, era un “taladro mental”. Sostiene que en la actualidad están en problemas y que no saben si se van a separar o no.

Luego, comenta que en el 2007 la internaron. Se le pregunta donde estuvo internada y expresa no saber “Le preguntas a mi mamá si

querés”. Asimismo resalta que el año pasado, se la paso encerrada en su casa y que se sostuvo rezando delante de la cruz.

Casi al finalizar, se le pregunta insistentemente sobre el tema de las voces, si ella considera que son reales. Frente a esta pregunta, ella empieza a contar un recuerdo, se la interrumpe y se le vuelve a preguntar lo mismo con otras palabras. Empieza a hablar, se la vuelve a interrumpir y se le pregunta nuevamente lo mismo. Finalmente la paciente plantea que las voces no son reales, pero expresa que no son un producto de su cabeza que “vienen como pensamientos desde afuera”. Sostiene que desde su concepción religiosa puede existir “alguna fuerza del mal que te tienta”. Pero le plantea a la psiquiatra que eso lo tendría que hablar con otra persona, ya que excede al campo de la ciencia. Frente a esto, la psiquiatra le contesta que igualmente lo suyo es “patológico”.

Tal como lo enuncia Lacan (1955) El inconsciente en la psicosis esta ahí, presente. Las voces que la paciente escucha que “vienen como pensamientos desde afuera” son fenómenos del orden del significante que el sujeto no puede atribuirse a si mismo. Estos provienen de una exterioridad, como algo ajeno que irrumpe: “no son producto de mi cabeza”. Se puede pensar, que la sujeto se ve invadida por una intrusión del significante. Algo ocurre en su cabeza, pero la sujeto no esta allí articulada. Esto, nos permite pensar que no se trata de significantes que retornan en lo simbólico, sino que retornan en lo real. Asimismo, desde las expresiones de la paciente estas voces le dicen algo y son dirigidas a ella: “te vas a ir al infierno”, “te equivocaste de hombre”, es decir, que le conciernen. Es por ello, que se puede pensar a estas voces como trastornos del lenguaje, como fenómenos elementales que nos permiten decir algo de la estructura subjetiva. Se puede sostener que en este caso lo real irrumpe bajo la forma de una alucinación verbal.

Pero en el presente caso, ¿cómo son leídas estas alucinaciones verbales?

Si bien la profesional que lleva a cabo la entrevista es una psiquiatra y no un psicoanalista, cabe mencionar lo siguiente. En el presente caso, la paciente es interrumpida en reiteradas oportunidades para que responda las preguntas, no dejando fluir su discurso. Al parecer la psiquiatra busca ciertas respuestas que le permitan “estampillar al sujeto” e incluirlo dentro de una categoría diagnóstica (Seldes, 2004). Razón por la cual no puede escuchar más allá de ello. Tal como lo enuncia Lacan hablando de la psicotécnica (1950) *“las respuestas están determinadas en función de ciertas preguntas, ellas mismas registradas en un plano utilitario, tienen su precio y su valor en límites definidos que nada tienen que ver con el fondo de aquello que esta en juego en la demanda del enfermo”*

Se puede argumentar que esta insistencia y el “no escuchar” produce un efecto “negativo” ya que la paciente decide no expresar ciertas cuestiones: “eso lo tendría que hablar con otra persona, ya que excede al campo de la ciencia”. Frente a esto, la psiquiatra se ubica en una posición de saber: “lo suyo igualmente es patológico”. Estas intervenciones parecieran estar ubicadas en una clínica de la mirada que se soporta en los aspectos fenomenológicos.

Por el contrario, desde el psicoanálisis (Lacan, 1955) se entiende que cuando los significantes no dialectizan, no “hacen cadena”, al sujeto no se le puede pedir que asocie. La alucinación entendida como síntoma psicótico no presenta entonces desciframiento simbólico. Razón por la cual, se plantea que en la psicosis el analista debe ocupar el lugar de “secretario del alienado” dando de esta

manera espacio al testimonio singular que tiene el sujeto para dar (Leserre, 2009) Enmarcado en una clínica de la escucha que se sostiene en la lógica del caso por caso, del uno por uno.

Por otro lado, cabe preguntarnos que es lo que marca un antes y un después en la vida de esta sujeto. Ella refiere que paralelamente a que comenzó a escuchar las voces, hablaba con un hombre que le contaba sus “delirios”, el cual “podría ser su padre”. En relación a esto, cabe cuestionarnos si en este punto la sujeto se confronta con algo del orden de la paternidad. Frente a lo cual el sujeto no encuentra los significantes para responder. Pero ¿qué es lo que la trae a la consulta actual? ¿Dónde localizamos la urgencia en este caso? Si bien la paciente indica que “fue traída de prepo por su madre”, ella en definitiva acepta y acude a la consulta quedando de esta manera implicada. Asimismo, plantea que la preocupación de la madre gira en torno al diagnóstico a si es adecuado o no. Nos podemos preguntar si aquí no se puede ubicar algo en el plano de la urgencia subjetiva. Se puede pensar la posibilidad de que la sujeto se “sostenga” en ciertos significantes relativos a un diagnóstico y que estos al ser cuestionados por la madre generan un quiebre en el equilibrio con el que la vida de esta sujeto se sostiene (Sotelo, 2009).

La dimensión de trabajo que propone Seldes (2004) frente a la urgencia subjetiva es la de escuchar la demanda de cada sujeto. Esto supone que el sujeto en su urgencia tenga a quien dirigirla. La invitación es a construir un relato, alojando al sujeto, ubicando lo que para cada uno es urgente y procurando que la misma se transforme en urgencia del sujeto (Sotelo, 2009). La urgencia desde esta perspectiva siempre es algo excepcional. En este caso, si planteamos que se busca estampillar al sujeto en una categoría diagnóstica, estamos suponiendo que la excepción desaparece para entrar en una especie de catálogo general.

Sobre el paradigma: El médico y el psicoanalítico

A partir de lo antedicho, se puede sostener que el paradigma que atraviesa a este hospital es el que actualmente predomina e implica a las instituciones de salud: el médico. Desde este, el síntoma es entendido como algo a ser eliminado, los tratamientos apuntan a esta cuestión y la eficacia de los mismos deriva del éxito o no de estos propósitos. El sujeto se busca tal como lo enuncia Sotelo (2004, 2009) en su objetividad, en lo observable y tienen como objetivo sacarlo de su condición de enfermo, “curarlo”. Se apunta a “hacer el bien”, se busca una mejora de la calidad de vida y se proponen salvar vidas desde una ética del bien para todos.

Muy por el contrario, el psicoanálisis se inscribe en una ética del bien-decir (Leserre, 2009) No se trata de obrar de la mejor manera para el bien de todos, si no de pensar que tiene cada sujeto para decir. El síntoma envuelve diversas cuestiones complejas en cada caso de manera única y singular. Desde esta perspectiva lo importante del síntoma no es la definición nosográfica sino la materialidad significante que este tiene, que “parasita” el cuerpo sufriente (Laurent, 2000) El sujeto del que se ocupa el psicoanálisis, es un sujeto atravesado por el deseo y por el goce. Para el psicoanálisis los efectos del goce son incalculables (Leserre, 2009). Tal como lo enuncia Miller (1991) *“No se trata de la armonía del sujeto con su ambiente, con su organismo. Porque el concepto mismo de sujeto impide pensar la armonía del sujeto con cualquier cosa en el mundo. El concepto de sujeto es, en sí, disarmónico con la realidad”* Sin embargo, el psicoanálisis tiene algo para decir en relación al sufrimiento del ser hablante, de lo particular del fracaso.

Resulta pertinente ubicar el paradigma que predomina, ya que este determina principalmente los dispositivos asistenciales y las intervenciones que los profesionales llevan a cabo.

Conclusión

Frente a lo antedicho, nos podemos preguntar que lugar le queda al psicoanálisis en las instituciones donde el paradigma médico predomina. Lacan (1950), haciendo referencia al lugar del psicoanálisis en la medicina, indica que el mismo ocupa un lugar marginal y extra-territorial ya que se lo admite pero como una suerte de ayuda externa. A pesar de ello, tal como lo enuncia Sobel (2009) la clínica de la urgencia supone un modo de realización del psicoanálisis aplicado a la terapéutica, lo que supone la inserción de esta práctica en un dispositivo que le es ajeno por estar regido por el discurso de la medicina. Sin embargo, esto no indica que no sea un espacio apropiado para que el psicoanálisis juegue allí su partida, ya que el mismo supone una serie de saberes que nada tiene que ver con la clasificación de la ciencia actual. Muy por el contrario, posibilita a quienes dirigen su demanda un modo diferente de hacer con su sufrimiento, no se lo silencia sino que se busca que el sujeto pueda implicarse en él. Es decir, que el psicoanálisis no solo tiene algo para “aportar”, si no que tiene algo para decir allí, en relación a dicho sujeto.

Para finalizar resulta pertinente hacer una aclaración: la profesión no determina la ética con la cual el profesional se conduce. No es condición ser psicólogo para poder alojar la demanda del paciente. Se puede pensar que lo determinante es la orientación que cada profesional tenga.

Bibliografía

- Belaga, G. (2004) “La urgencia generalizada: La práctica en el hospital” en La urgencia generalizada: La práctica en el hospital, Belaga (comp.) GRAMA ediciones, Buenos Aires.
- Freud, S. (1921) “Psicología de las masas y análisis del yo” en Obras completas, Tomo XVIII. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.
- Lacan, J. (1955) Las psicosis. Seminario III. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1981.
- Lacan, J. (1950) “Psicoanálisis y medicina” en Intervenciones y textos 1, Manantial, Buenos Aires, 1991.
- Laurent, E. (2000) Psicoanálisis y Salud Mental .GRAMA ediciones, Buenos Aires.
- Leserre, L. (2009) “Urgencia y psicosis” en Perspectivas de la clínica de la urgencia, Sotelo (comp.) GRAMA ediciones, Buenos Aires.
- Miller, J-A. (1987) “Enseñanzas de la presentación de enfermos” en Matemáticas I. Manantial, Buenos Aires.
- Miller, J-A. (1991) Lógicas de la vida amorosa Manantial, Buenos Aires.
- Seldes, R. (2004) “La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo” en La urgencia generalizada: La práctica en el hospital, Belaga (comp.) GRAMA ediciones, Buenos Aires.
- Sobel, G. (2009) “El diagnóstico en la urgencia: ¿síntoma o trastorno?” en Perspectivas de la clínica de la urgencia, Sotelo (comp.) GRAMA ediciones, Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2007) “Capítulo 1: El sujeto en la urgencia institucional” en Clínica de la urgencia. JCE Ediciones, Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2007) “Capítulo 2: Urgencia y Psicosis” en Clínica de la urgencia. JCE Ediciones, Buenos Aires.
- Sotelo, I. y Belaga, G (2009) “Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas y respuestas clínicas” en Perspectivas de la clínica de la urgencia, Sotelo (comp.) GRAMA ediciones, Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2009) “¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?” en Perspectivas de la clínica de la urgencia, Sotelo (comp.) GRAMA ediciones, Buenos Aires.